

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921.

N° 103

DE
QUELQUES PROCÉDÉS
DE
Redressement Post-Opératoire
DU TORTICOLIS CONGÉNITAL

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 5 Janvier 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André ROCHE

Médecin sous-aide major — Elève à l'École du Service de Santé Militaire
Né à Montauban le 11 Janvier 1894

MEMBRES DU JURY..... { BÉRARD, *Président.*
DOYON,
PATEL, } *Assesseurs.*
TAVERNIER. }

TOULOUSE
IMPRIMERIE P. JULIA

2, Rue Temponières, 2

1920

De quelques procédés de Redressement
Post-Opératoire
du Torticolis Congénital

DE
QUELQUES PROCÉDÉS
DE
Redressement Post-Opératoire
DU TORTICOLIS CONGÉNITAL

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 5 Janvier 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André ROCHE

Médecin sous-aide major — Elève à l'École du Service de Santé Militaire
Né à Montauban le 11 Janvier 1894

MEMBRES DU JURY.....

{	BÉRARD, <i>Président.</i>	}	<i>Assesseurs.</i>
	DOYON,		
	PATEL,		
	TAVERNIER.		

TOULOUSE

IMPRIMERIE P. JULIA

2, Rue Temponières, 2

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. LEPINE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER,
CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT, POLOSSON (M)

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales		ROQUE BARD
Clinique obstétricale et Accouchements	{	TIXIER
Clinique ophtalmologique		BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..		FABRE
Clinique neurologique et psychiatrique		ROLLET
Clinique des maladies des enfants		NICOLAS
Clinique des maladies des femmes		LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		WEILL
Clinique des malades des voies urinaires		POLLOSSON (A.)
Clinique chirurgicale des maladies des enfants ...		LANNOIS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		ROCHET
Chimie biologique		NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie		CLUZET
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		MOREL
Anatomie		MOREAU
Anatomie générale et Histologie		GUIART
Physiologie		LATARJET
Pathologie interne		POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales		DOYON
Anatomie pathologique		COLLET
Médecine opératoire		MOURIQUAND
Médecine expérimentale et comparée		PAVIOT
Médecine légale		VILLARD
Hygiène		ARLOING (F.)
Thérapeutique		ETIENNE MARTIN
Pharmacologie		COURMONT (P.)
		PIC
		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe	VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chimie minérale	BARRAL
Accouchements	COMMANDEUR
Embryologie	HOVELACQUE
Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Urologie	GAYET
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.
BARRAL	SAVY	ROCHAIX
COMMANDEUR	FROMENT	CORDIER
NOGIER	THEVENOT (Lucien)	ROUBIER
BRETIN	PIERY	FAVRE
LERICHE	COTTE	MURARD
THEVENOT (Léon)	DUROUX	BONNET
TAVERNIER	HOVELACQUE	GRAVIER, chargé des
CADE	TRILLAT	fonctions.
GUILLEMARD	FLORENCE	
GARIN	SARVONAT	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BÉRARD, Président; DOYON, PATEL, TAVERNIER, Assesseurs

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A mon Père,

CHEF D'ESCADRON DE CAVALERIE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A ma Mère,

Je leur dédie ce modeste travail
humble témoignage de ma grande et
respectueuse affection, de ma profonde
reconnaissance.

A mes Sœurs,

Qu'elles voient dans cette dédicace
une preuve de ma grande affection.

A ma Grand'Mère,

Pour ses 97 ans

A Mon Oncle

Il m'est agréable, en ce jour de
le remercier de l'affection et de la
sollicitude qu'il m'a toujours témoi-
gnées,

A ma Tante

Que j'ai toujours considérée comme
une seconde maman.

A ma Famille, et à mes Amis

A ma cousine Cécile, à mon cousin
Paul, qui furent les compagnons de
mon enfance.

A mes Camarades tombés au Champ d'Honneur

En particulier, à la mémoire de
mon cher ami René Giraud, méde-
cin auxiliaire au 4^e zouaves tué glo-
rieusement à Douaumont.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Bérard

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Nous le remercions de l'honneur
qu'il nous a fait en acceptant la pré-
sidence de cette thèse.

A Monsieur le Docteur Vignard

CHIRURGIEN DES HOPITAUX DE LYON

Qui nous a donné le sujet de cette
thèse. Qu'il reçoive l'expression de
notre profonde gratitude pour la
bienveillance qu'il nous a toujours
témoignée.

A Monsieur le Docteur Vincent

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE LYON

Il nous a aidé de son expérience et
de ses conseils pour mener ce travail
à bonne fin. Qu'il nous permette de
lui renouveler nos bien vifs remer-
ciements.

A mes Juges

*A mes Maîtres de la Faculté
de médecine de Lyon et de l'École du
Service de Santé militaire*

CHAPITRE PREMIER

Considérations Générales

Au cours de l'année 1919, faisant un remplacement d'externe dans le Service de M. le docteur Vignard, chirurgien des hôpitaux de Lyon, nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs cas de torticolis congénital. C'est ce qui nous a déterminé à faire de cette question qui nous a paru extrêmement intéressante, le sujet de notre thèse.

Le torticolis congénital est caractérisé par une inclinaison plus ou moins accentuée, mais permanente, de la tête sur l'axe du corps, inclinaison que l'on remarque dès les premiers mois qui suivent la naissance.

Bien que le torticolis se rencontre dans les deux sexes et sur les deux moitiés latérales du cou, il est cependant pus fréquent dans le sexe féminin et du côté droit.

On a voulu en distinguer diverses formes cliniques (torticolis paralytique, torticolis des scalènes, torticolis postérieur, etc...). Pratiquement, seul le torticolis par rétraction du sterno-cléido-mastoïdien existe et les

autres sont presque toujours symptomatiques d'une arthrite cervicale ou d'une inflammation du voisinage. C'est un tout autre chapitre de pathologie.

Les auteurs sont loin d'être d'accord sur l'origine de cette affection. Les uns y voient une lésion obstétricale de l'un des sterno-cleido-mastoïdiens transformés dès lors secondairement en un cordon fibreux et cicatriciel (Stromeyer). D'autres le considèrent comme datant de la vie intra-utérine et s'appuient pour cela sur les cas vraiment congénitaux, sinon héréditaires qui sont acquis à la science (Petersen). Cette manière de voir a trouvé un récent appui dans quelques observations tendant à prouver que c'est l'épaule du fœtus, imprimé contre le cou, qui amène une atrophie du sterno-mastoïdien (Nové-Josserand, Wœlker, Vianay).

D'autres, s'appuyant également sur des observations positives, voient dans tous ces torticolis, les suites d'une myosite infectieuse, consécutive à un traumatisme obstétrical « Kader » ou syphilitique (Couvellaire).

C'est enfin, dans une myosite infectieuse préalable que d'autres croient trouver la cause du raccourcissement intra-utérin de certains sterno-cleido-mastoïdiens (Mikulicz).

Nous n'entreons pas dans la discussion de ces théories pathogéniques. Après avoir exposé les éléments de déformation du torticolis congénital, nous envisagerons d'abord, les cas assez rares guérissables par les moyens orthopédiques seuls. Nous nous occuperons ensuite des diverses opérations qui ont été proposées

pour corriger cette anomalie, et nous insisterons enfin surtout, sur la correction post-opératoire qui constituera la partie principale de ce travail.

CHAPITRE DEUXIÈME

Des Eléments de déformation

Pour juger sainement de la valeur thérapeutique d'un traitement du torticolis, il est nécessaire de prendre chacun des éléments de la maladie et de voir quelles modifications y apporte le traitement préconisé.

La rétraction du muscle et les attitudes vicieuses qu'elle entraîne, l'asymétrie cranio-faciale, la scoliose, tels sont les différents symptômes dont nous allons nous occuper.

A. — *Rétraction du muscle.*

La rétraction du sterno-cleido-mastoïdien est la lésion principale et initiale. Elle a sous sa dépendance immédiate l'attitude vicieuse pathognomonique de la tête. Cette mauvaise position est dans bien des cas la seule lésion appréciée du malade et de son entourage.

Quelques mots sur ce symptôme.

La déformation est ordinairement unilatérale. Supposons un malade atteint de torticolis congénital droit.

L'attitude vicieuse est évidente à la première inspection. C'est celle que réalise la contraction normale du sterno-cleido-mastoïdien. Elle comporte donc trois éléments : il y a à la fois flexion de la tête à droite qui rapproche l'oreille de l'épaule; inclinaison de la tête en avant, qui rapproche le menton du sternum et rotation de la tête qui tourne la face vers la gauche. Ceci se passe, quand la contraction porte sur les deux chefs, sternal et claviculaire, du muscle sterno-cleido-mastoïdien.

Autrefois, on disait à tort que le chef sternal était seul atteint et qu'il suffisait de le sectionner pour obtenir la guérison. Il n'en est rien; la rétraction porte parfois sur les deux chefs à un degré égal. Dans quelques cas, il est vrai, elle est plus marquée sur le chef sternal, mais dans d'autres, elle prédomine sur le chef claviculaire.

La rétraction porte-t-elle surtout sur le chef sternal on observe alors une prédominance de la rotation de la tête. Il y a inclinaison de la tête du côté malade, avec rotation de la tête du côté opposé.

Au contraire, quand la rétraction domine sur le chef claviculaire, on peut observer l'inclinaison directe de la tête sans rotation.

Le degré de cette attitude vicieuse est variable; dans les cas extrêmes, l'oreille vient au contact de l'épaule. Le côté gauche du cou semble allongé et tendu; le côté droit paraît raccourci et la peau en est plissée transversalement.

Si l'on essaie de modifier cette attitude, on constate qu'il est toujours facile de l'exagérer, mais impossible de la diminuer; les essais de redressement qui ne sont pas douloureux, n'ont pas d'autre effet que de tendre le muscle rétracté.

Celui-ci forme à l'état de repos, une corde rigide et dure; sa contractilité électrique est diminuée (Fischer) et on note parfois un léger abaissement de température locale à son niveau. Le muscle est raccourci et ce raccourcissement est parfois considérable; il peut atteindre 2, 3, 4 centimètres (Bouvier). Il est encore diminué de volume. Parfois sa coloration, sa structure sont normales, mais le plus souvent on trouve une transformation fibreuse plus ou moins étendue, portant surtout soit sur la moitié, soit sur les deux tiers inférieurs du muscle et affectant plus souvent le chef sternal que le chef claviculaire.

Quand les deux chefs sont intéressés, il n'est pas rare de trouver du côté sternal des lésions plus prononcées.

Outre la transformation fibreuse du muscle proprement dit, presque toujours on voit l'aponévrose être le siège de rétraction et présenter en différents points l'apparence de brides épaisses à direction longitudinale.

Les lésions histologiques d'après Mikulicz consistent en une atrophie simple des fibres musculaires, avec multiplication des noyaux du myolemme, accumulation de cellules embryonnaires et développement de vaisseaux sanguins et lymphatiques.

Pour Nové-Josserand et Paviot, la lésion existante consisterait en une myosite interstitielle scléreuse,

avec une lésion spéciale de la fibre musculaire, la dégénérescence cirreuse de Zenker, dégénérescence qui ne se manifeste que lorsqu'une perturbation grave intervient dans l'irrigation vasculaire d'un muscle.

B. — *Asymétrie crânio-faciale.*

Une des conséquences les plus importantes du torticollis congénital, en remontant aux premières années de l'existence, c'est l'asymétrie du crâne et de la face.

L'inclinaison de la tête fait que les deux yeux ne sont plus sur un même plan horizontal; en outre, toute la moitié de la face répondant au côté vers lequel la tête est inclinée, est plus petite, moins développée que celle du côté opposé.

La face dans son ensemble présente une hémiatrophie droite. Toutes les lignes unissant des points symétriques des deux côtés de la face, au lieu d'être horizontales, convergent vers le côté du torticollis; tous les points médians et impairs de la face sont situés sur une ligne courbe concave du côté du torticollis (Wolcher). La pommette droite est aplatie, le nez incurvé, le sourcil et la commissure labiale droits sont abaissés et obliques, l'angle de la mâchoire est moins grand et la branche montante moins haute du côté droit; le menton est dévié à droite.

Du côté du crâne, la région frontale droite est aplatie, tandis que la portion du crâne située au-dessus et en arrière de la bosse pariétale est plus saillante qu'à gauche. Il en résulte que le diamètre oblique allant de la bosse frontale gauche (côté sain) à la bosse parié-

talet droite (côté malade) est plus grand que le diamètre symétrique.

Les troubles fonctionnels sont nuls, quel que soit le degré de l'attitude vicieuse. Parfois, cependant on note quelques troubles de la vision.

C. — *Scoliose.*

En même temps que la tête s'incline vers le côté malade, la clavicule et tout le moignon de l'épaule, subissent un mouvement d'ascension, tel que l'oreille vient quelquefois au contact de l'épaule correspondante. Ce double mouvement ne se produit pas, sans déterminer des déviations du côté du rachis.

Dans la plupart des cas, la colonne cervicale décrit une courbe dont la convexité est tournée du côté sain; parfois cette courbure unique porte sur les régions cervicale et dorsale; mais, le plus souvent on voit se former à la région dorsale, du fait de l'ascension du moignon de l'épaule que nous venons de noter, une courbure de compensation, dont la convexité répond au côté malade. Il est beaucoup plus exceptionnel de voir dans le torticollis une courbure cervicale dont la convexité répond au côté malade.

L'épaule droite s'élève et la gauche s'abaisse; la moitié droite du thorax se projette en avant, la gauche en arrière.

Tels sont les éléments de déformation du torticollis congénital. Le diagnostic est facile, les symptômes que nous venons d'énumérer étant suffisamment caractéristiques dans la plupart des cas.

Cette affection ne pourrait être confondue qu'avec un mal de Pott cervical ou sous-occipital. Mais, l'absence de douleurs soit irradiées, soit au siège du mal, spontanées ou provoquées par pression sur les apophyses épineuses des vertèbres malades, la raideur et l'immobilité absolue de la tête, la présence d'abcès, de symptômes médullaires, l'inclinaison de la tête non compliquée de rotation, l'absence au niveau d'un des sterno-cleido-mastoïdiens d'un cordon dur, feront conclure en faveur d'une tuberculose vertébrale.

On ne confondra pas non plus le torticollis congénital ni avec le torticollis cicatriciel dont la cause est évidente, ni avec les torticollis musculaire ou ostéo-articulaire d'origine rhumatismale ou survenant au cours de maladies infectieuses.

Le pronostic est bénin, en ce sens que le torticollis est une affection purement locale, ne retentissant jamais sur l'état général. Mais, c'est une difformité très désagréable et comme il ne présente aucune tendance à la rétrocession spontanée, il nécessite toujours un traitement actif. Ce sont les diverses formes de celui-ci que nous allons envisager maintenant.

CHAPITRE TROISIÈME

Redressement par les moyens orthopédiques

Au début, les cas récents et légers peuvent guérir par l'emploi des moyens orthopédiques seuls.

Prenons, par exemple, un nourrisson. Il suffit alors d'employer le massage, les manœuvres de redressement.

Le massage consistera en manœuvres d'effleurage et de pétrissage léger, tant sur le sterno-mastoïdien rétracté que sur les muscles et le saponévroses voisins.

Pour le redressement manuel, on couche l'enfant le dos sur une table, la tête devant effleurer les épaules, pour que la tête soit absolument mobile entre les mains du médecin. L'aide maintient énergiquement l'enfant sur la table, en lui tenant les poignets le long du corps, pour s'opposer en mouvement d'élévation des épaules.

Le médecin corrige d'abord la rotation, en ramenant le menton dans l'axe du corps et en le portant du côté opposé; puis, la flexion antéro-postérieure, en

portant le menton directement en haut; et enfin la flexion latérale, en couchant la tête sur l'épaule du côté opposé.

Si ces trois manœuvres peuvent s'exécuter simultanément et complètement, le torticolis est réductible; il n'est pas trop tard et les moyens mécaniques en viendront vraisemblablement à bout.

Il faudra faire deux ou trois fois par jour les manœuvres ci-dessus énoncées, rotation, extension, inclinaison. On les exécutera extrêmement lentement, en augmentant à chaque fois leur amplitude, chaque séance devant durer une dizaine de minutes.

Un aide est toujours nécessaire pour faire la contre-extension sur l'épaule.

Pendant l'intervalle des séances, pour ne pas perdre le bénéfice du traitement, on fera porter au petit malade, un collier de carton, de ouate, de caoutchouc construit de telle façon qu'il maintienne constamment la tête en hypercorrection.

On découpe dans une feuille de carton mince une bandelette dont la longueur égale la circonférence du cou et la largeur la hauteur du cou, de la clavicule à l'angle du maxillaire inférieur. On recouvre cette petite attelle d'une couche de ouate qu'on fixe au besoin avec quelques tours d'une bande de tarlatane molle.

Schanz a proposé pour le traitement post-opératoire une cravate ouatée qui est applicable ici. Nous la décrirons plus loin.

On peut aussi se servir d'une simple lanière de cuir découpée de façon à s'adapter au cou, et maintenue par un ruban (Guersant).

Le petit malade pourra aussi porter un collier de caoutchouc. Celui-ci se met autour du cou sans être gonflé. Il présente une forme circulaire, mais est interrompu en un point de sa circonférence; ses deux extrémités sont effilées, minces, alors qu'au contraire le milieu est renflé. L'une des extrémités porte un petit tuyau muni d'un robinet, pour permettre de gonfler l'appareil.

On met sa partie large juste au-dessus du menton. A l'aide de quelques petites sangles, on la fixe autour des épaules pour l'empêcher de tourner. Puis, avec une poire en caoutchouc, on le gonfle progressivement.

Si l'on a fixé les extrémités effilées sur l'épaule du côté sain, la tête toute entière se trouve déjetée vers l'épaule saine; on agit ainsi sur l'inclinaison latérale (rétraction du faisceau claviculaire).

Si, au contraire, on fixe les extrémités sur l'épaule du côté malade, on rejette le menton en haut et vers la ligne médiane, on agit alors sur la rotation et la flexion (rétraction du faisceau sternal).

L'enfant supporte très bien ce collier et s'habitue très vite à dormir avec.

Au bout de deux à trois mois le redressement est en général obtenu; on supprime le collier et on espace alors les séances de manipulation, une seule par jour, puis une tous les deux jours, puis toutes les semaines sans cependant les abandonner complètement avant deux ou trois ans.

Les appareils plâtrés, les minerves mécaniques ne sont guère indiqués, chez les enfants jeunes.

Chez les sujets plus âgés, on pourrait employer les différents appareils que nous décrirons comme applicables au traitement post-opératoire.

Chez eux également, au lieu du redressement manuel on peut employer le redressement par l'appareil de Sayre, en latéralisant la traction et reportant le point d'appui de l'arc métallique supportant la mentonnière vers le côté malade et en faisant porter un poids plus ou moins lourd par la main du côté malade, pour obtenir une sorte de contre-extension et l'abaissement de l'épaule.

Chez des sujets très jeunes, immédiatement après la naissance ou dans des cas très bénins, on peut ainsi obtenir la guérison.

CHAPITRE QUATRIÈME

Du Traitement Opératoire

On obtient aussi quelquefois le redressement, sans opération sanglante, au moyen des manœuvres de mobilisation forcée qui amènent la rupture des brides fibreuses; c'est le massage forcé de Delore, le redressement modelant de Lorenz, méthode assez brutale qui nécessite l'anesthésie.

Le malade est chloroformé. On agit sur le muscle sterno-mastoïdien, comme sur les muscles adducteurs dans la réduction de la luxation congénitale de la hanche.

Par des pesées énergiques sur le muscle tendu et ses extrémités; par des mouvements de friction allongée ou de scie exécutés avec le bord cubital de la main, on cherche à pratiquer la rupture fibrillaire sous-cutanée et l'élongation du muscle rétracté. Ceci fait, on procède au redressement de la tête, en agissant lentement, mais avec persistance, tandis qu'on cherche en même temps à effacer la courbure cervicale. Il faut, pour cela, agir avec les deux mains, s'appuyant sur

la convexité, tandis que les pouces prennent un point d'appui, l'un sur l'extrémité supérieure de la colonne, l'autre à l'union de l'épaule et du cou du côté malade.

Les manœuvres de redressement sont analogues à celles que nous avons décrites pour le redressement simple; mais elles sont faites avec une force plus grande et une résistance particulière.

Le résultat obtenu est maintenu par le port d'une cravate, d'un appareil plâtré ou d'une minerve mécanique.

Lorenz croit que ce procédé peut redresser complètement tous les torticolis infantiles, jusqu'à l'âge de 6, 9 et 10 ans. Cependant à partir de 7 à 8 ans, on peut avoir des échecs.

En somme, il vaut mieux réserver cette méthode aux enfants au-dessous de 3 ou 4 ans. Son avantage est de donner un redressement complet et même une hypercorrection, si on le désire, sans laisser aucune trace, ni la cicatrice opératoire ordinaire, ni l'aplatissement de l'extrémité inférieure du cou que laisse la section tendineuse.

Dans tous les autres cas, il faut recourir au traitement sanglant.

Pour redresser le torticolis, on a proposé successivement six méthodes. Trois d'entre elles sont à peu près abandonnées; ce sont : la section du sterno-cleido-mastoïdien au niveau de ses insertions supérieures (Lange);

L'allongement du muscle (Foderl).

Le raccourcissement du muscle du côté opposé (Wulstein).

Ces méthodes offrent, en effet, tous les inconvénients des autres, sans présenter d'avantages bien réels. En tout cas, ces procédés compliqués ne paraissent devoir être applicables qu'à certains cas spéciaux.

Deux méthodes surtout se partagent la faveur des chirurgiens. Ce sont :

La ténotomie à ciel ouvert et la ténotomie sous-cutanée. Les deux consistent en la section du tendon inférieur du sterno-mastoïdien.

La ténotomie sous-cutanée a deux inconvénients : le danger de blessure des veines jugulaires qui n'existe que dans la ténotomie sous-cutanée du chef claviculaire et l'impossibilité de sectionner les brides fibreuses profondes, dépendant de la gaine du muscle et des vaisseaux.

On peut cependant la conserver dans les torticolis légers, portant exclusivement sur le chef sternal; mais dans tous les autres cas, quand il s'agit de couper le chef claviculaire et des brides profondes, l'opération à ciel-ouvert s'impose.

Si elle a l'inconvénient de laisser une cicatrice visible, d'autre part, elle permet de sectionner complètement tous les faisceaux du muscle et toutes les brides aponévrotiques rétractées.

Le chirurgien voit toutes les parties qui se présentent au bistouri; il peut éviter sûrement la blessure des gros troncs qu'il importe de ménager, et si quelque vaisseau, artère ou veine a été sectionné, il peut en pratiquer la ligature.

Voici la technique de la ténotomie sous-cutanée. On

endort l'enfant au chloroforme ou à l'éther, l'anesthésie au chlorure d'éthyle ne durerait pas assez longtemps.

On couche l'enfant, en glissant un coussin sous ses épaules pour que la tête porte à faux. On fait ainsi plus facilement saillir le muscle rétracté.

Un aide accroche le menton avec les doigts et tire dessus, comme s'il voulait étendre la tête, mais en exagérant plutôt la rotation, pour laisser plus de place au chirurgien.

Celui-ci se place le long du corps du malade, à droite ou à gauche, peu importe, car le champ opératoire n'est pas bien éloigné de la ligne médiane.

On repère d'abord les insertions inférieures du muscle; la section pour se porter sûrement sur les deux chefs à la fois, se fera à deux bons travers de doigt au-dessus de la clavicule.

On cherche ensuite la veine jugulaire externe. Si elle n'apparaît pas suffisamment d'elle-même, on comprime un peu la base du cou, elle se gonfle aussitôt. S'il s'agit du côté droit, après l'avoir repoussé en dehors à l'aide de la main droite, on arrondit le bras gauche en tournant le coude vers la tête du malade et on saisit le muscle, comme pour l'enucléer, le pouce étant en dehors et l'index en dedans. On tire fortement sur le muscle en haut, en le chargeant sur la pulpe de l'index, pendant que le pouce fixe et écarte la jugulaire externe. Celle-ci étant ainsi maintenue, hors de l'atteinte du ténotome, la main droite reprend sa liberté.

On introduit alors le ténotome pointu, horizontale-

ment de dedans en dehors, entre le pouce et le muscle, juste au-dessus de la portion du muscle qui correspond à la première phalange de l'index.

On lui substitue alors le ténotome mousse, on tourne son tranchant vers la profondeur et on scie à petits coups, tout ce qui se trouve entre le ténotome et le repli de peau qui coiffe l'index, c'est-à-dire le muscle et sa gaine.

On apprécie très facilement le moment où il faut s'arrêter, c'est-à-dire lorsque le ténotome n'est plus séparé de la pulpe digitale que par l'épaisseur de la peau. On a ainsi très efficacement protégé les vaisseaux profonds.

S'il s'agit au contraire du côté gauche, il est plus facile de charger le muscle sur la pulpe du pouce, tandis que l'index tient écarté et protège la veine jugulaire externe. Le ténotome est introduit de dehors en dedans.

Il faut ensuite rompre les adhérences de la gaine. L'aide maintenant toujours la tête en extension ramène le menton du côté malade et incline la tête sur l'épaule du côté opposé (ce qui éloigne au maximum les insertions extrêmes du sterno-mastoïdien).

Le chirurgien embrasse alors de ses deux mains, la base du cou, les doigts en arrière prenant point d'appui sur le haut de la cage thoracique et les pouces réunis sur le sterno-mastoïdien au niveau du point sectionné. Il pèse fortement sur la corde, en imprimant à ses pouces de petits mouvements de va et vient, de bas en haut. On sent bientôt la gaine céder, le cou est parfaitement libre. L'opération est terminée. Quelques

gouttes de sang s'écoulent ordinairement par l'orifice cutané, mais c'est insignifiant.

S'agit-il d'une section à ciel-ouvert, on pratique entre les deux chefs sternal et claviculaire, une incision longitudinale de trois centimètres de longueur. On sectionne la peau et le peaucier et l'on met à nu les fibres du sterno-mastoïdien. A l'aide d'une sonde cannelée, passée au-dessous du muscle, on soulève successivement chacun des deux faisceaux et on les sectionne de dehors en dedans, de façon à se rendre compte de tout ce qui se présente au devant de l'instrument. L'index de la main gauche, introduit dans la plaie, reconnaît les diverses brides musculaires et aponevrotiques qui restent dans la profondeur et l'on peut aussi les sectionner successivement par le même procédé. Le redressement étant complet, la petite plaie est fermée par quelques points de suture en crin de Florence.

Ainsi que nous l'avons dit, les deux procédés de ténotomie sous-cutanée et à ciel ouvert, ne doivent pas s'exclure l'un l'autre. Ils ont chacun leurs indications. C'est une affaire de gravité de l'affection et d'étendue des obstacles à sectionner.

Les résultats de la ténotomie du sterno-mastoïdien sont généralement bons et le succès obtenu est complet et définitif. Parfois cependant l'attitude vicieuse, bien que diminuée, persiste, soit que la réduction ait été incomplète, soit qu'une véritable récidence se produise, lors de la cicatrisation de la section tendineuse.

Mikulicz attribue les récides à ce fait que la ténotomie n'agit que sur la partie inférieure du muscle,

alors que celui-ci est dégénéré dans toute son étendue. Aussi, la remplace-t-il par une intervention plus large, la résection du sterno-mastoïdin.

On pratique entre les deux chefs sternal et claviculaire, une incision verticale de 3 à 4 centimètres, comprennent la peau, le muscle peaucier et l'aponévrose. On isole successivement les deux chefs tendineux qu'on sectionne aussi près que possible de leur insertion.

On saisit alors avec une pince de Kocher leur bout supérieur, qu'on attire dans la plaie et on fait descendre le muscle peu à peu, sans agrandir la plaie, en le détachant des parties voisines, soit avec un instrument mousse, soit, en cas de besoin, avec le bistouri.

On peut aller ainsi jusqu'à l'insertion mastoïdienne, en prenant soin d'éviter la blessure de la jugulaire. Mais, il est préférable pour ne pas léser le nerf spinal, de n'extirper que les deux tiers inférieurs du muscle. Tout traitement post-opératoire serait inutile et la guérison de la scoliose cervicale se ferait spontanément, après l'extirpation du muscle dégénéré.

Sauf les cas absolument résistants et les récidives, cette opération doit être rejetée, comme beaucoup trop sérieuse, et laissant nécessairement à sa suite une déformation très marquée de la région cervicale.

D'ailleurs, elle ne donne pas plus que la ténotomie, une garantie absolue contre les récidives et l'amélioration des résultats est à chercher bien plus dans les soins post-opératoires, dont nous allons nous occuper maintenant.

CHAPITRE CINQUIÈME

De la Correction post-opératoire

Le traitement post-opératoire est le complément indispensable de toutes les méthodes d'intervention, sauf d'après Mikulicz de l'extirpation du muscle. Encore Stumme est-il d'avis, que même après l'extirpation, ce traitement est nécessaire.

Son principe est de maintenir la tête en hypercorrection.

Pour la malade, mentionnée dans la première observation, M. Vignard a obtenu un bon résultat avec un appareil en cuir moulé, composé de deux parties, l'une prenant point d'appui sur les épaules, l'autre en forme de collier, embrassant la nuque et le menton; les deux parties étant reliées entre elles par des vis qui permettent de corriger peu à peu l'attitude vicieuse (Voir figure n° 2).

En général, il vaut mieux faire un plâtre en bonne attitude. Ces appareils présentent l'avantage, de pouvoir être appliqués, sous le chloroforme, par le chirurgien, après redressement de l'attitude vicieuse. Ils

donnent on le comprend un résultat beaucoup plus rapide et beaucoup plus sûr.

Pour cela, après la ténotomie, on continue l'anesthésie générale.

On attire l'enfant au bout de la table, de telle sorte, que tout le tronc soit en dehors de celle-ci.

Un aide tient les jambes et le poignet du côté malade, pour faire la contre-extension et abaisser l'épaule. Un autre tient la tête en hypercorrection (extension forcée, rotation du menton du côté malade et inclinaison de la tête sur l'épaule du côté opposé). On roule alors des bandes plâtrées sur la tête, le cou et le thorax.

On peut faire une minerve comme pour un mal de Pott sous-occipital. Il faudra que le plâtre monte très haut sur le visage du côté malade, pour s'opposer à ce que la tête se rapproche de l'épaule.

De l'autre côté au contraire, il sera échancré très bas, plus l'enfant inclinera la tête de côté, plus il distendra son muscle rétracté.

On peut faire aussi un 8 de la tête et de l'aiselle ou un appareil en T, dont la branche verticale passe par dessus le crâne et descend sur le dos, tandis que les branches horizontales encerclant la tête, se croisant en arrière de la nuque et descendant en avant de chaque côté de la poitrine. Ces deux chefs intérieurs, ainsi que le chef postérieur, sont fixés par quelques tours d'une bande plâtrée, enserrant le thorax au-dessous des aisselles ou encore sont reliés à un corset. Bien entendu, ces bandes plâtrées ne sont pas appliquées directement sur la peau, mais par dessus une couche

protectrice, soit de lainage des Pyrénées, soit de tissu Jersey, ou de bandes de crêpe, soit simplement d'ouate cardée.

L'inconvénient de ces appareils est de produire l'immobilité du cou. Cependant, un certain jeu peut être favorable au résultat cherché.

C'est pour cette raison et aussi pour pouvoir surveiller la région opératoire qu'il vaudra mieux se servir d'un appareil à traction élastique, comme il a été fait, dans les deuxième et troisième observations.

On peut confectionner un appareil, comme celui représenté sur la figure n° 5. Un corset plâtré est établi autour du thorax. On le fixera bien en bas par des sous-cuisses, en haut en entourant complètement l'épaule du côté malade. On y joindra un circulaire autour de la tête. Ces deux parties seront réunies par des drains de caoutchouc, qui, grâce à leur élasticité, permettront de donner à la tête l'inclinaison voulue.

Pour les petites filles, le corset sera de moins grandes dimensions. Il commencera au-dessous des seins, pour se terminer au pubis. Il n'y aura pas de circulaire à la tête. Les cheveux seront divisés en deux nattes, une antérieure, et une postérieure (voir fig. n° 7 et n° 8). La traction sera faite au moyen de drains, reliant les nattes au corset plâtré, en avant et en arrière.

Si l'on n'a pas sous la main de bandes plâtrées, le procédé de Schanz pourra être appliqué.

Il consiste après la ténotomie, à redresser la tête au moyen d'un volumineux pansement de coton. Une

grande quantité est nécessaire. On mettra plusieurs rouleaux autour du cou, en les serrant fortement au moyen d'une bande de toile.

L'appareil quel qu'il soit est supprimé au bout de 3 ou 4 semaines et on commence alors le traitement post-opératoire proprement dit.

Ce traitement consistera en l'emploi de manœuvres passives et actives de redressement.

Pour les manœuvres passives, le chirurgien se tient debout, derrière le patient, assis sur un siège, on le maintient entre ses genoux.

D'une main, il agit sur la convexité de la courbure rachidienne et de l'autre sur la tête en exerçant au-dessus de l'oreille du côté malade, des pressions destinées à exagérer le redressement de la tête; en même temps, avec le coude ou l'avant-bras, il empêche l'épaule du côté malade de remonter.

Ces mouvements doivent se faire d'abord avec douceur, sans saccade, puis être répétés à de courts intervalles, avec une force graduellement accrue, pendant une dizaine de minutes. On termine, en prenant la tête à deux mains, au niveau des oreilles, et en lui faisant exécuter, tout en la maintenant redressée, des mouvements de rotation.

Les mouvements actifs sont destinés à rendre aux muscles affaiblis par l'inaction, leurs fonctions normales. Ils peuvent être faits librement ou contre une résistance opposée par le chirurgien. Dans certains mouvements, c'est le malade qui oppose une résistance à une pression exercée par le chirurgien.

Ils doivent être choisis avec soin, de façon à faire travailler les muscles dont on veut améliorer le fonctionnement. Ils consistent en mouvements de flexion, d'extension, de flexion latérale, de rotation, etc. Ils doivent être faits régulièrement, plusieurs fois par jour, jusqu'à ce que le malade puisse facilement amener en contact l'aisselle et l'épaule du côté sain.

Il est bon, durant ces exercices de faire porter au sujet, de la main du côté malade, un poids plus ou moins lourd, pour empêcher l'épaule de remonter.

Enfin, le traitement sera complété par le massage et d'électricité.

On peut faire aussi la suspension excentrique. Celle-ci réalise en effet, d'une façon parfaite, l'élongation du sterno-mastoïdien, sous une pression considérable, puisqu'elle peut atteindre le propre poids de l'enfant, et cependant, elle est tout à fait bien supportée, puisqu'elle est progressive et que l'enfant peut la régler lui-même.

Que faut-il pour la réaliser? Un palan, une bande de toile de deux mètres environ et un petit bout de bois de 25 à 30 centimètres. On fait un nœud ordinaire qu'on ne serre pas, au tiers inférieur de la bande. On met ce nœud contre la joue, au niveau de la fosse temporale, à 4 ou 5 centimètres en avant et au-dessous du conduit auditif. On fait passer les deux chefs de la bande, l'un sous le menton, l'autre sous l'occiput et on les réunit par un nœud simple sur la joue du côté opposé, en un point symétrique. L'extrémité du plus long chef est alors passée dans le premier nœud et

nouée à l'extrémité du chef le plus court. On tire sur l'anse, ainsi formée, la suspension est prête.

On accroche cette anse au crochet de la poulie inférieure, mais non pas le milieu, on raccourcit la partie qui se trouve du côté malade.

Si l'on tire alors sur la corde du palan, le poids de l'enfant faisant contre-extension, la tête se trouve entraînée en haut, le menton attiré à la fois en haut et du côté malade, pendant que la tête s'incline sur l'épaule saine.

Cette extension sera pratiquée deux fois par jour, pendant deux ou trois mois.

Chaque séance durera une dizaine de minutes, l'enfant se suspendant sept ou huit fois par minute et se reposant quelques secondes, entre chaque mouvement.

Il ne faut pas que les pieds de l'enfant quittent le sol; l'action serait moins efficace; tous les muscles de la colonne vertébrale, y compris ceux de la colonne cervicale se contractent en effet, quand on se suspend uniquement par la tête et ils contre-balancent l'effet du traitement.

Puis, on espacera progressivement les séances, sans cependant les supprimer complètement avant la troisième année.

Dans ces conditions, le port d'un corset orthopédique devient complètement inutile.

OBSERVATIONS

Observation. I.

A. Maria, 10 ans, entrée à l'hôpital le 8 nov. 1912
(La Charité).

A. H. Parents vivants, en bonne santé.
Un frère en bonne santé.

A. P. L'enfant a été nourri au sein par sa mère.
Elle a marché à 14 mois; elle a eu la rougeole dans
son enfance.

L'affection pour laquelle la malade entre dans le
Service est congénitale.

A l'inspection, on voit le sterno-cleido-mastoïdien
droit tendu et rigide, la tête est en flexion à droite et
en rotation vers la gauche.

Degré prononcé d'asymétrie faciale.

Les mouvements de la tête sont limités.

Le 14 décembre 1912, on pratique la ténotomie à
ciel ouvert. On coupe le chef sternal, une partie du
chef claviculaire et l'aponévrose.

Le 8 janvier 1913, la malade part chez elle avec un
appareil, une minerve mécanique.

La malade envoie en 1914 sa photographie et on
peut voir que la déformation est presque complète-
ment réduite.



fig. n° 1.



fig. n° 2.



fig. n° 3.

Observation II.

L. Adèle, 14 ans. 1/2, entre dans le Service
de M. Vignard, le 27 mars 1919.

A. H. Mère morte en 1915, d'une tumeur au sein,
opérée deux fois.

A. C. Un frère de 11 ans, bien portant.

L'enfant présente une taille très inférieure à celle
qu'elle devrait avoir et surtout a une allure infantile.
Epaississement graisseux des téguments. Face char-
gée, joues grasses, voûte palatine légèrement ogivale.
A part cela, il n'y a rien à signaler, l'inspection de la
physionomie est normale.

A la palpation, on constate une rétraction fibreuse
du sterno-cleido-mastoïdien gauche qui forme une
corde.

En avril 1919, section du chef claviculaire. On fait
un corset plâtré autour du thorax, un circulaire au-
tour de la tête avec traction par un drain.

En juin 1919, une bonne attitude est obtenue.

En août 1919, l'enfant quitte le service.



fig. n° 6.



fig. n° 5.



fig. n° 4.

Observation III.

L... Jane, 14 ans, entre à l'hôpital le 17 octobre 1919.

La malade présente un torticolis congénital droit.

Légère asymétrie faciale.

Pas de scoliose.

On pratique la section sous-cutanée des deux chefs du sterno-cleido-mastoïdien.

On fait un corset plâtré autour du thorax et de la traction au moyen de nattes de cheveux reliées à l'appareil plâtré par des drains.

L'enfant sort le 7 décembre 1919.

Cet appareil a donné d'excellents résultats.

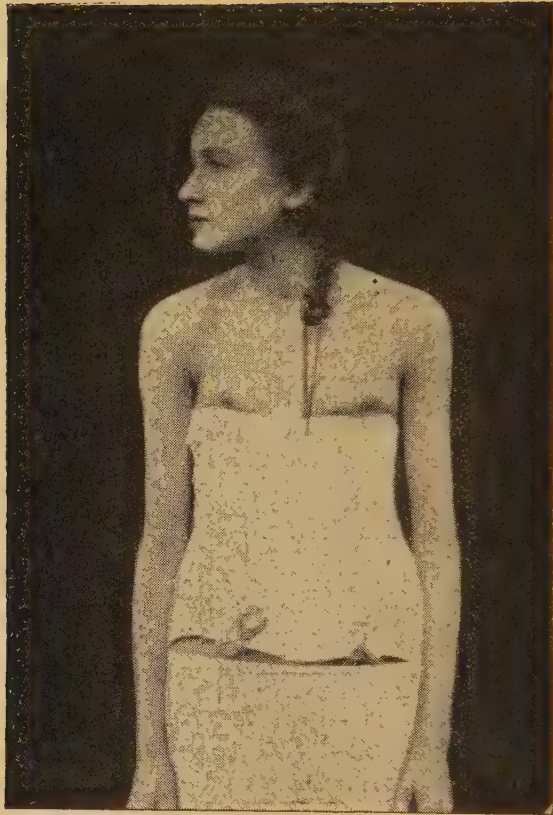


fig. n° 7.



fig. n° 8.

CONCLUSIONS

1. — Le torticolis congénital n'est guérissable par les moyens orthopédiques seuls, que chez de très jeunes enfants ou dans des cas très bénins.

2. — Dans la plupart des cas, il vaut mieux recourir à l'intervention sanglante et parmi les divers modes opératoires, la tenotomie à ciel ouvert offre le moins de dangers et le plus de chance de réussite.

3. — La correction post-opératoire est la partie la plus importante du traitement du torticolis congénital. De nombreux appareils ont permis d'arriver à un bon résultat. La gravité des lésions doit être le guide qui fera préférer telle technique à telle autre.

4. — Les appareils à traction élastique, prenant point d'appui, d'un côté sur le thorax au moyen d'un corset plâtré et d'autre part sur la tête, constituent un très bon moyen d'obtenir l'hypercorrection, tout en permettant de surveiller la région opératoire.

Ils sont de plus très bien supportés par les malades.

BIBLIOGRAPHIE

BÉGOUEN, BOURGEOIS, Pierre DUVAL, GOSSET, JEANBRAU, LECÈNE, LENORMANT PROUST-TIXIER. — Précis de pathologie chirurgicale.

DENUCÉ et NOVÉ-JOSSERAND. — Chirurgie infantile et orthopédie.

Gazette des hôpitaux du mardi 24 décembre 1912. Le traitement du torticolis dit congénital par M. L. Lamy ancien interne des hôpitaux de Paris.

KIRMISSON. — Traité de Chirurgie infantile.

A. THIERS. — Thèse de Lyon, 1904, Valeur comparative de ténotomie sous-cutanée et de la résection totale du sterno-cleido-mastoïdien, dans le traitement du torticolis congénital.

Revue d'orthopédie.

Le Président de la thèse :

BÉRARD.

VU : *Le Doyen,*

L'Assesseur,

JEAN LEPINE

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Lyon, le 7 Décembre 1920,

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

Pour le Recteur et par délégation : Le Vice-Président du Conseil de l'Université

ALBERT WADDINGTON.

Imprimerie P. JULIA, 2, rue Temponières, TOULOUSE

